

令和6年度(2024年度)女性活躍推進アドバイザー派遣 申込書

年 月 日

小田原市長 様

(申請者)

所在地 〒

企業名称

代表者職・氏名

以下のとおり、申し込みます。

担当者連絡先	所属・氏名	
	TEL	
	メールアドレス	
小田原Lエール 認定区分	<input type="checkbox"/> ブロンズステージ <input type="checkbox"/> シルバーステージ <input type="checkbox"/> ゴールドステージ <input type="checkbox"/> 未申請 (年度に申請予定)	
アドバイザーに 支援してもらい たいこと (一つ選択)	<input type="checkbox"/> 小田原Lエールの新規申請について <input type="checkbox"/> 小田原Lエールの更新申請について <input type="checkbox"/> 自社の現状把握について <input type="checkbox"/> 女性の採用について <input type="checkbox"/> 女性の管理職登用について <input type="checkbox"/> 女性活躍推進法における一般事業主行動計画について <input type="checkbox"/> その他 (具体的にお書きください)	